

ВАКУУМНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Кабанова А.А., Титов В.Р., Дорошенко Н.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Для повышения эффективности местной терапии гнойных ран в хирургии используются вакуумные системы, которые позволяют путем создания отрицательного давления ускорить сроки выздоровления пациентов. Одни из первых работ, посвященные использованию отрицательного давления в челюстно-лицевой хирургии, были опубликованы в 2006 году [1, 2], в них показан его положительный эффект в лечении травматических повреждений, инфицированных ран. Palm и соавторы в 2011 году отметили, что исследования влияния вакуумной терапии на течения патологических процессов челюстно-лицевой области и шеи в были ограничены сообщениями о клинических случаях или серии случаев, при этом отрицательное давление наиболее часто использовалось в качестве дополнительного воздействия в реконструктивной хирургии [3]. В 2015 году Satteson и соавторы продемонстрировали положительные результаты лечения с применением вакуумной терапии 69 пациентов с ранами головы и шеи, возникшими в результате удаления злокачественной опухоли, (86%), травмы (8%), инфекции (3%), ожога (3%) [4]. На данном этапе развития лечения отрицательным давлением активно изучаются механизмы реализации положительного эффекта вакуумной терапии на течение раневого процесса. При этом единичные работы посвящены изучению влияния отрицательного давления на микроциркуляцию [5].

Цель. Оценить эффективность применения вакуумной системы в комплексном лечении пациентов с одонтогенными инфекционно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи.

Материал и методы. Проведено обследование 178 пациентов с острым одонтогенным остеомиелитом челюсти, осложненным флегмоной прилежащих клетчаточных пространств. Для оказания помощи пациентам основной группы дополнительно использовалась система для вакуумной терапии ран. Пациентам группы сравнения лечение проводилось с использованием стандартных методов. Группу контроля составили 50 здоровых лиц. Деформируемость эритроцитов (ДЭ) оценивали по времени прохождения их суспензии стандартного расстояния по пористому фильтру. Адгезию лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии (ЛТС) исследовали, регистрируя изменения светопропускания суспензии лейкоцитов до и после инкубации вместе с волокнистым субстратом с помощью агрегометра AP 2110 «СОЛАР».

Результаты. При включении в лечебный комплекс вакуумной терапии в более короткие сроки (5 (5; 6) суток) купировалась боль при пальпации очага воспаления, на 7 (5; 8) сутки восстанавливалась конфигурация лица, гиперемия кожи купировалась на 5 (5; 6) сутки, гнойная экссудация из раны прекращалась на 6 (5; 7) сутки, создавались благоприятные условия для начала формирования грануляций на 7 (6; 8) сутки. Выявлено снижение продолжительности лечения (9 (8; 10) суток) основной группы пациентов относительно пациентов группы сравнения – 10 (8; 12) суток. Вакуумная терапия при завершении лечения способствует снижению повышенных в начале лечения показателей микроциркуляции до уровня здоровых лиц. Показатели микроциркуляции пациентов с острым одонтогенным остеомиелитом челюсти, осложненным флегмоной прилежащих клетчаточных пространств, в лечебный комплекс которых включена вакуумная терапия, в день госпитализации составили: скорость агрегации ЛТС – 15,3 (10,2; 27) %/мин, степень агрегации ЛТС – 45,5 (27,8; 48,4) %, ДЭ в плазме крови – 36,5 (25,5; 41,2) с, ДЭ в физиологическом растворе – 17,4 (12,6; 20,4) с, что не имело статистически значимых

отличий от показателей пациентов со стандартным комплексным лечением ($p > 0,05$). При этом при завершении лечения такие показатели как скорость и степень агрегации ЛТС, длительность ДЭ в плазме крови были ниже ($p < 0,05$) у пациентов, в лечение которых была включена вакуумная терапия.

Заключение. Применение вакуумной терапии в лечении пациентов с острым одонтогенным остеомиелитом челюсти, осложненным флегмоной прилежащих клетчаточных пространств, способствует сокращению сроков заживления раны и уменьшению продолжительности лечения. Выявлена нормализация показателей микроциркуляции при завершении лечения пациентов с использованием отрицательного давления. Полученные данные дают основание рекомендовать использование вакуумной системы в составе комплексного лечения пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи, что позволит повысить эффективность оказания медицинской помощи данной категории пациентов.

Литература:

1. Management of complicated head and neck wounds with vacuum-assisted closure system / B.T. Andrews [et al.] // Head Neck. – 2006. – №28. – P.974–981.
2. Schuster, R. The use of vacuum-assisted closure therapy for the treatment of a large infected facial wound / R. Schuster, A. Moradzadeh, K. Waxman // Am. Surg. – 2006. – № 72. – P. 129–131.
3. Vacuum-assisted closure of head and neck wounds / H.G. Palm [et al.] // HNO. – 2011. – № 59. – P. 819–830.
4. Outcomes of vacuum-assisted therapy in the treatment of head and neck wound / E.S. Satteson [et al.] // J. Craniofac. Surg. – 2015;26:e599–e602.doi:10.1097/scs.0000000000002047
5. Земляной, В.П. Морфологический и функциональный мониторинг раневого процесса в оценке эффективности вакуум-терапии ран / В.П. Земляной // Вестн. нац. медико-хирург. центра им. Н.И. Пирогова. – 2016. – № 11 (4). – С. 51–55.

УДК 616.31-0

ВЫБРОС МИЕЛОПЕРОКСИДАЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДОПУХОЛЕЛЕВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Карпук Н.А.¹, Рубникович С.П.²

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»²

г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Пероксидазы ротовой жидкости (РЖ). Существуют две основные пероксидазы РЖ: лактопероксидаза (ЛПО) и миелопероксидаза (МПО). ЛПО продуцируется слюнными железами, в то время как МПО продуцируется нейтрофилами слизистой оболочки полости рта (СОПР). МПО также присутствует в жидкости зубодесневой борозды [1].

Миелопероксидаза используется в качестве биомаркера активации нейтрофилов, выделяясь при их дегрануляции, и является наиболее распространенным провоспалительным ферментом в азурофильных гранулах нейтрофилов, что составляет около 4-6% от их сухой массы [2].

Цель работы. Оценка уровня МПО в РЖ у пациентов с предопухолелевыми заболеваниями слизистой оболочки рта.

Материал и методы. Проведено обследование 21 пациента, обратившегося с ПЗСОР(лейкоплакия (n=15) и красный плоский лишай (n=6)) в клинику кафедр общей стоматологии с курсом ортопедической стоматологии в возрасте 43,5 [36; 61] года, из них 5 мужчин и 19 женщин.